

Ummeldeformular Sportler*innen/Trainer*innen

Athlet*in Unified Partner*in Delegationsleitung Headcoach Coach

Name der Institution/Einrichtung: _____

Mitgliedsnummer: _____

Sportart: _____

Name des zu streichenden Sportler*in/Trainer*in: _____

Name des nachnominierten Sportler*in/Trainer*in: _____

Informationen der*des nachnominierten Sportler*in/Trainer*in

Geburtsdatum/Geschlecht: _____/_____

Disziplin (Skillwert wenn nötig) 1) _____/_____

2) _____/_____

3) _____/_____

Ernährungshinweise und medizinische Besonderheiten:

Im Notfall zu kontaktieren ist:

Name: _____/ Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Exklusiv Partner



Top Partner

